

Planes de seguro por condado y por cuota

** Por favor tenga en cuenta que Kaiser Permanente tiene actualmente un límite para la cantidad de afiliados de Healthy Families Program que pueden inscribirse en estos condados. Si quiere información actualizada acerca de la situación de estos planes para inscribir nuevos afiliados, por favor llame al **1-800-880-5305** o visite el sitio web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov.*

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1001	Alameda Alliance for Health	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision						
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente ** 95640, 95669	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
2008	Western Dental ** 95926-28, 95938, 95943, 95951, 95954, 95963, 95967, 95969, 95973	3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1030	Blue Shield EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1031	Health Net Life EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision ** 95912, 95932, 95950, 95970, 95987						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1009	Contra Costa Health Plan	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1010	Health Net HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1030	Blue Shield EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Other Health Plans				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO ** 95614, 95634-35, 95664, 95762	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO ** 95613-14, 95619, 95623, 95633-36, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95684, 95709, 95726, 95762, 96150-52, 96154-55, 96158	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision ** 95613-14, 95619, 95623, 95629, 95633-36, 95651, 95656, 95664, 95667, 95672, 95682, 95684, 95709, 95720-21, 95726, 95735, 95762, 96142, 96150-52, 96154-58						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1010	Health Net HMO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1014	Kaiser Permanente ** 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93619, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93741, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-80, 93784, 93786, 93790-94, 93844, 93888	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision ** 93234, 93242, 93602, 93605-9, 93611-13, 93616, 93619, 93621-22, 93624-28, 93630-31, 93634, 93640-42, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93664, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-22, 93724-29, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-62, 93764-65, 93771-80, 93784, 93786, 93790-94, 93844, 93888						
2010	Health Net Dental								
2004	Premier Access Dental								
2003	Safeguard Dental ** 93234, 93602, 93606, 93609, 93611-13, 93616, 93619, 93622, 93625-26, 93630, 93640, 93648, 93650-52, 93654, 93657, 93662, 93668, 93701-12, 93714-18, 93720-22, 93724-29, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-62, 93764-65, 93771-80, 93784, 93786, 93790-94, 93844, 93888	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1030	Blue Shield EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 95913, 95920, 95939, 95943, 95951, 95963, 95988						
		3003	SafeGuard Vision ** 95913, 95920, 95943, 95951, 95963, 95988						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision ** 95501-03, 95518-19, 95521, 95524-25, 95528, 95534, 95536-37, 95540, 95547, 95549-51, 95558, 95562, 95564-65, 95570-71	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2010	Health Net Dental	3003	SafeGuard Vision ** 92227, 92231-33, 92243-44, 92249-51, 92259, 92273-74	
2004	Premier Access Dental			
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care** 92384, 93513, 93526, 93545	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1003	Anthem Blue Cross HMO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1010	Health Net HMO ** 93203, 93205-06, 93215-17, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93516, 93518-19, 93523-24, 93531, 93555, 93560-61, 93581, 93596	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93250-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93560-61, 93581	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1015	Kern Family Health Plan ** 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93516, 93518-19, 93523-24, 93527, 93531, 93554, 93560-61, 93581, 93596	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision ** 93203, 93206, 93215-16, 93220, 93222, 93224-25, 93241, 93243, 93250-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93516, 93518, 93523-24, 93531, 93560-61, 93581, 93596						
2010	Health Net Dental								
2004	Premier Access Dental								
2003	SafeGuard Dental ** 93203, 93206, 93215-16, 93220, 93241, 93250-51, 93263, 93268, 93276, 93280, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93518, 93531, 93560-61, 93581								
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1010	Health Net HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente ** 93230, 93232	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2008	Western Dental	3003	SafeGuard Vision ** 93202, 93204, 93212, 93230, 93232, 93239, 93245, 93246, 93266,	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision ** 95422-24, 95426, 95435, 95443, 95451, 95453, 95457-58, 95461, 95464, 95467	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

LAKE

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 96056, 96109, 96113, 96117, 96119, 96121, 96123, 96128, 96130, 96132, 96136	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

LASSSEN

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1008	Community Health Plan	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1003	Anthem Blue Cross HMO ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1028	Care 1st Health Plan ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1016	L.A. Care Health Plan	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1017	Molina Healthcare ❖	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2010	Health Net Dental ❖	3003	SafeGuard Vision ❖						
2003	SafeGuard Dental ❖	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental ❖								

❖ No disponibles en Catalina Island.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1030	Blue Shield EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 93601, 93604, 93614, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision						
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2008	Western Dental ** 94903-04, 94930, 94945-47, 94949-50, 94960, 94963, 94973	3003	SafeGuard Vision						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1031	Health Net Life EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision ** 93623, 95306, 95325, 95338						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1030	Blue Shield EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1031	Health Net Life EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision ** 95417, 95420, 95427, 95432, 95437, 95445, 95449, 95454, 95456, 95460, 95470, 95488, 95490, 95494						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1010	Health Net HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1011	Health Plan of San Joaquin	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision	
2004	Premier Access Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 96006, 96015, 96054, 96101, 96104, 96108, 96112, 96115-16	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 93512, 93514, 93517, 93529, 93541, 93546, 96107, 96133	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1022	Central Coast Alliance for Health	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision ** 93901-02, 93905-08, 93912, 93915, 93921-26, 93933, 93940, 93942-44, 93950, 93953, 93955, 93962, 95004, 95012, 95039	
2008	Western Dental ** 93901-02, 93905-08, 93912, 93915, 93921-23, 93925, 93933, 93940, 93942-43, 93950, 93953, 93955, 95004, 95012, 95039	3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1010	Health Net HMO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente ** 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO ** 95712, 95924, 95945-46, 95949, 95959-60, 95975, 95977, 95986	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
		3003	SafeGuard Vision ** 95712, 95724, 95924, 95945-46, 95949, 95959-60, 95975, 95977, 95986						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1006	Cal Optima Kids	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2010	Health Net Dental	3003	SafeGuard Vision						
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO ** 95602-04, 95631, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95713, 95722, 95736, 95746-47, 95765	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO ** 95602-04, 95631, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95701, 95703, 95713-14, 95717, 95722, 95736, 95746-47, 95765	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 95602-04, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2008	Western Dental ** 95603, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677, 95678, 95746-47, 95765	3003	SafeGuard Vision ** 95602-04, 95631, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95701, 95703, 95713-15, 95717, 95722, 95736, 95746-47, 95765, 96140-41, 96143, 96145-46, 96148						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1031	Health Net Life EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 95923, 95934, 95947, 95971, 95981, 95983-84, 96020, 96103, 96105-06, 96122, 96129, 96135, 96137						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1013	Inland Empire Health Plan ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92539, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92225-26, 92230, 92234-36, 92239-41, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92539, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1007	Community Health Group ** 92530-31, 92536, 92539, 92543-46, 92548, 92562-64, 92570-72, 92584-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92877-83	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92239-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92543-46, 92548, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92860, 92877-83	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-54, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1017	Molina Healthcare ** 91718-20, 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92539, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51

Healthy Families Program - Febrero de 2009 (continúa la página siguiente)

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2010	Health Net Dental ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-35, 92239-41, 92247-48, 92253-54, 92255, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92539, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	3003	SafeGuard Vision ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92539, 92543-46, 92548-49, 92551-52, 92554-57, 92561, 92563-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83, 93553, 93562	
2003	SafeGuard Dental ** 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92225-26, 92230, 92234-36, 92241, 92247-48, 92253-55, 92260-61, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1017	Molina Healthcare	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1011	Health Plan San Joaquin ** 95632	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision						
2010	Health Net Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2004	Premier Access Dental								
2003	SafeGuard Dental								
2008	Western Dental ** 95608, 95610, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670, 95673, 95683, 95693, 95742, 95758, 95814-36, 95838, 95841-43, 95864								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2008	Western Dental ** 95004, 95023, 95045	3003	SafeGuard Vision ** 95023-24, 95045, 95075	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1013	Inland Empire Health Plan ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92301, 92304-05, 92307-18, 92321-22, 92324-27, 92329, 92333-42, 92344-47, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92420, 92423-24, 92427	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO ** 90661, 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92284-86, 92301, 92304-05, 92307-18, 92321-27, 92329, 92332-42, 92344-47, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92364-66, 92368-69, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-94, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92420, 92423-24, 92427, 93558, 93562, 93592	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92301, 92305, 92307-08, 92311-13, 92316, 92318, 92324, 92327, 92329, 92332, 92334-42, 92344-47, 92350, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-77, 92382, 92392-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92420, 92423-24, 92427	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1017	Molina Healthcare ** 91701, 91708-11, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91750, 91758-59, 91761-64, 91766-68, 91784-86, 91798, 92301, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92333-37, 92340-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92368-69, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51

(continúa la página siguiente)

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2010	Health Net Dental ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92301, 92307-08, 92311-13, 92316, 92324-25, 92327, 92329, 92334-37, 92340, 92342, 92344-47, 92350, 92354, 92356-57, 92359, 92365, 92368, 92371-77, 92382, 92392-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427	3003	SafeGuard Vision ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92252, 92256, 92268, 92284-86, 92301, 92305, 92307-08, 92310-18, 92321-22, 92324-27, 92329, 92333-37, 92339-42, 92344-47, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	
2003	SafeGuard Dental ** 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92301, 92305, 92307-08, 92311-14, 92316-18, 92321-22, 92324-27, 92329, 92334-37, 92339-42, 92344-47, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92365, 92368-69, 92371-78, 92382, 92385, 92391-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427			
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1007	Community Health Group	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1003	Anthem Blue Cross HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1028	Care 1st Health Plan	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-47, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92007-11, 92013-14, 92018-27, 92029-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-58, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-85, 92090-93, 92096, 92101-24, 92126-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-79, 92182, 92184, 92186-87, 92190-99	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1017	Molina Healthcare	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2010	Health Net Dental	3003	SafeGuard Vision						
2004	Premier Access Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2003	SafeGuard Dental ** 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-47, 91950-51, 91976-79, 92003, 92007-09, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-59, 92064-65, 92067-72, 92074-75, 92078-79, 92081-85, 92088, 92090-93, 92096, 92101-24, 92126-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-79, 92182, 92184, 92186-87, 92190-99								
2008	Western Dental ** 91901-03, 91906, 91908-17, 91921, 91932-33, 91935, 91941-47, 91950-51, 91963, 91976-80, 91987, 92003, 92007-09, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-72, 92074-75, 92078-79, 92082-85, 92088, 92090-93, 92096, 92101-24, 92126-40, 92142, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-79, 92182, 92184, 92186-87, 92190-99								

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1019	San Francisco Health Plan	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision						
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1011	Health Plan of San Joaquin	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision						
2010	Health Net Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						
2004	Premier Access Dental								
2008	Western Dental								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1020	CenCal Health	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2008	Western Dental ** 93401-03, 93405-10, 93412, 93420-22, 93424, 93430, 93433, 93442-43, 93445, 93448-49, 93453, 93483	3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1012	Health Plan of San Mateo	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1014	Kaiser Permanente	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1020	CenCal Health	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1004	Blue Shield HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2003	SafeGuard Dental ** 93013-14, 93067, 93101-03, 93105-11, 93116-18, 93120-21, 93130, 93140, 93150, 93160, 93190, 93199	3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1021	Santa Clara Family Health Plan	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1003	Anthem Blue Cross HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2003	SafeGuard Dental ** 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-90, 94301-6, 94309-10, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95026, 95030-32, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95101-03, 95106, 95108-42, 95148, 95150-61, 95164, 95170-73, 95190-94, 95196	3003	SafeGuard Vision						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1022	Central Coast Alliance for Health	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1004	Blue Shield HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1030	Blue Shield EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision **						
2008	Western Dental		96001-03, 96007-08, 96019, 96022, 96033, 96047, 96049, 96062, 96069-70, 96073, 96076, 96079, 96084, 96087, 96089, 96095-96, 96099						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

SHASTA

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1031	Health Net Life EPO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care **						
			95910, 95922, 95936, 95944, 96118, 96124-26						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

SIERRA

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 95568, 96014, 96023, 96025, 96027, 96031-32, 96034, 96038-39, 96050, 96057-58, 96064, 96067, 96094, 96097, 96134	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1010	Health Net HMO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1004	Blue Shield HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision	
2004	Premier Access Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C					
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:					
		1	2 o más	1	2	3 o más			
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1014	Kaiser Permanente ** 94922-23, 94927-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision						
2008	Western Dental ** 94926-28, 94931, 94951-52, 94954, 95401-07, 95409, 95436, 95439, 95442, 95444, 95446, 95448, 95452, 95471-73, 95476, 95492	3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1011	Health Plan of San Joaquin	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2002	Delta Dental	3003	SafeGuard Vision	
2010	Health Net Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2004	Premier Access Dental			
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision ** 96021, 96029, 96035, 96055, 96059, 96074-75, 96078, 96080, 96090, 96092	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care ** 95527, 95552, 95563, 95595, 96010, 96024, 96046, 96048, 96052, 96093						
		3003	SafeGuard Vision ** 96010, 96024, 96041, 96048, 96052, 96093						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
1010	Health Net HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2010	Health Net Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision						
2008	Western Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)						

Healthy Families Program - Febrero de 2009

* Lea la página 12 de este manual para averiguar si usted paga cuotas de Categoría A, B o C. ** Disponibles solamente en los Códigos postales anotados.

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1004	Blue Shield HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2002	Delta Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision ** 95305, 95309-10, 95321, 95327, 95335, 95346-47, 95370, 95372-73, 95375, 95379, 95383	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1027	Ventura County Health Care Plan	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1004	Blue Shield HMO			\$17 \$34 \$51
1010	Health Net HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente ** 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93093-94, 93099	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2010	Health Net Dental	3003	SafeGuard Vision	
2003	SafeGuard Dental	3001	Vision Service Plan (VSP)	
2008	Western Dental			

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:	Cantidad de niños:
		1 2 o más	1 2 3 o más	1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1010	Health Net HMO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1004	Blue Shield HMO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1014	Kaiser Permanente ** 95605, 95607, 95612, 95616-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
		3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A	Categoría B	Categoría C
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños: 1 2 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más	Cantidad de niños: 1 2 3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario				
1002	Anthem Blue Cross EPO	\$4 \$8	\$9 \$18 \$27	\$14 \$28 \$42
Otros planes de seguro médico				
1030	Blue Shield EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
1031	Health Net Life EPO	\$7 \$14	\$12 \$24 \$36	\$17 \$34 \$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles	
2001	Access Dental	3002	EyeMed Vision Care	
2004	Premier Access Dental	3003	SafeGuard Vision	
		3001	Vision Service Plan (VSP)	

¿Tiene usted ahora o ha tenido empleo como trabajador de temporada o migratorio agrícola, pesquero o forestal durante los veinticuatro (24) meses anteriores? ¿Es usted indio americano? Si contestó “SÍ” a cualquiera de estas preguntas, tenemos una combinación adicional de planes de seguro médico, dental y de la vista a su disposición. Esta combinación consiste en:

Plan de seguro médico	Plan de atención dental	Plan de cuidado de la vista
Anthem Blue Cross EPO	Delta Dental	Vision Service Plan (VSP)

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Si usted vive en los siguientes condados, ésta es su cuota mensual: Su código de plan es C999		\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Alpine Amador Butte Calaveras Colusa El Dorado Glenn Humboldt Imperial Inyo Kings Lake Lassen Madera Marin Mariposa Mendocino Merced Modoc Mono Nevada Placer Plumas San Benito San Joaquin San Luis Obispo Shasta Sierra Siskiyou Sonoma Sutter Tehama Trinity Tulare Tuolumne Yuba									
Si usted no vive en los condados anteriores, ésta es su cuota mensual: Su código de plan es D999		\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51

PLAN DE POBLACIONES ESPECIALES